

# Health Forum

Juin 2016 · N°26



Le magazine de l'Union Nationale des Mutualités Libres · trimestriel



DOSSIER 'Littératie en santé'

## Gérer sa santé : rêve ou réalité ?

# Faites connaissance avec les Mutualités Libres !

Avec plus de 2.000.000 d'affiliés, les Mutualités Libres constituent le troisième organisme assureur du pays.

Les Mutualités Libres regroupent 6 mutualités :



## Omnimut Mutualité Libre de Wallonie

Rue Natalis 47 B  
4020 Liège  
[www.omnimut.be](http://www.omnimut.be)



## Mutualité Libre Securex

Avenue de Tervueren 43 | Verenigde-Natieslaan 1  
1040 Bruxelles | 9000 Gent  
[www.securex-mutualite.be](http://www.securex-mutualite.be)



## Partenamut

Boulevard Louis Mettewie 74/76  
1080 Bruxelles  
[www.partenamut.be](http://www.partenamut.be)



## OZ

Boomssteenweg 5  
2610 Antwerpen  
[www.oz.be](http://www.oz.be)



## Freie Krankenkasse

Hauptstrasse 2  
4760 Büllingen  
[www.freie.be](http://www.freie.be)



## Partena Ziekenfonds

Sluisweg 2 bus 1  
9000 Gent  
[www.partena-ziekenfonds.be](http://www.partena-ziekenfonds.be)

# Remboursement des tickets modérateurs : un "coup" pour rien

Au prétexte de favoriser l'accès aux soins, certaines mutualités ont annoncé leur intention de rembourser le ticket modérateur chez le généraliste et le gynécologue. C'est ce qui s'appelle un « coup marketing » car l'argument avancé ne tient pas la route. Nous savons en effet bien que le problème du report des soins pour raison financière ne sera pas résolu en remboursant les 1 euro (pour les BIM) ou les 4 euros (pour les non BIM) de ticket modérateur que le patient doit déboursier chez le généraliste. Le problème, ce sont les suppléments d'honoraires chez certains spécialistes, qui restent à charge du patient, et les prestations peu ou pas remboursées comme les lunettes, l'orthodontie, les appareils auditifs ou certains médicaments.

Par ailleurs, **l'accessibilité n'est pas qu'un problème de remboursement.** Les soins dentaires pour les moins de 18 ans sont intégralement remboursés et malgré cela, de nombreux jeunes ne consultent pas régulièrement leur dentiste.

On peut bien entendu regretter que la mesure annoncée se fasse sur le dos de l'Assurance Obligatoire. Il y a en effet bien un risque de surconsommation des soins lorsque aucune quote-part personnelle n'est exigée de la part du patient. N'oublions pas non plus que le remboursement des tickets modérateurs est lié au fait d'avoir un dossier médical global (DMG). Des DMG sont ainsi ouverts inutilement, par exemple pour des nourrissons pourtant suivis par leur pédiatre, juste pour obtenir le remboursement du ticket modérateur. L'impact n'est pas

négligeable pour la collectivité puisqu'un DMG coûte 30 euros par an à l'assurance maladie pour obtenir quelques euros de remboursement... de l'assurance complémentaire.

**Les Mutualités Libres sont contre la prise en charge des tickets modérateurs par l'assurance complémentaire,** sauf si la mesure est justifiée par un critère

médical, ce qui n'est pas du tout le cas ici. Des études montrent par exemple que supprimer le ticket modérateur pour les patients chroniques peut être bénéfique pour le patient et le système. Nous souhaitons que la ministre Maggie De Block applique rapidement ce qui est prévu par l'accord de gouvernement, à savoir réorienter l'assurance complémentaire des mutualités sur les besoins de santé prioritaires. Nous proposons par exemple d'exclure de l'assurance complémentaire les primes de naissance, le remboursement des camps de vacances ou de certaines thérapies alternatives, et bien

sûr le remboursement des tickets modérateurs. Ceci permettra de dégager des moyens financiers pour prendre en charge des besoins prioritaires non couverts par l'Assurance Obligatoire.



Le problème, ce sont les suppléments d'honoraires chez certains spécialistes, qui restent à charge du patient, et les prestations peu ou pas remboursées

**Xavier Brenez**  
Directeur Général

de l'Union Nationale des Mutualités Libres

## Rédactrice en chef

Karima Amrous · karima.amrous@mloz.be · T 02 778 94 33

## Coordination

Stéphanie Brisson · stephanie.brisson@mloz.be · T 02 778 95 11

## Comité de rédaction

Karima Amrous · Stéphanie Brisson · Ann Ceuppens · Aude Clève · Annemie Coëme  
Lies Dobbelaere · Christian Horemans · Pascale Janssens · Güngör Karakaya · Agnès Leclercq  
Murielle Lona · Nathalie Renna · Piet Van Eenoooghe · Christiaan Van Hul · Emilie Vanderstichelen  
Vanessa Vanrillaer · Renata Van Woensel · Rudy Van Tielen · Steven Vervaeet

## Lay-out

Leen Verstraete · layout@mloz.be

## Photos

Reporters & Shutterstock

## Traduction

Annemie Mathues · Emilie Van Isterdael · Barbara Van Ransbeeck

## Editeur responsable

Xavier Brenez · xavier.brenez@mloz.be

## Health Forum

**Vous voulez recevoir le magazine régulièrement ou abonner vos collègues ?**

Ecrivez-nous !  
Union Nationale des Mutualités Libres  
Health Forum  
Rue Saint-Hubert 19  
1150 Bruxelles  
T 02 778 92 11

Ou envoyez-nous un mail à [health-forum@mloz.be](mailto:health-forum@mloz.be)

Suivez-nous sur Twitter !  
[@MutLibres](https://twitter.com/MutLibres)

# Sommaire

## N°26

juin 2016

### 3 Edito

### 5 Le saviez-vous?

### 6 Dossier

Gérer sa santé : rêve ou réalité ?

### 16 Espace prestataires

Régimes express, la grande arnaque ?

Ado & homo : plus de sensibilisation !

La couverture de santé pour tous, réalité ou...utopie ?

### 22 Etude

Hôpitaux & facturation : une mesure pas assez encourageante

### 26 Kiosque

[www.mloz.be](http://www.mloz.be)

#### Dossier

### Gérer sa santé : rêve ou réalité ?

Malgré un statut de parent pauvre de la santé, la prévention est reconnue pour son impact sur les soins de santé et le rôle qu'elle peut jouer sur les dépenses médicales. Mais derrière la prévention, se profile une foule de moyens d'accompagner les citoyens et les patients dans la prise en mains de leur santé. La "littératie en santé" fait partie de ces outils. Que recouvre ce concept et que peut-il apporter ? Comment est-il mis en œuvre par les acteurs de la santé ?



6

#### Espace prestataires

### Ado & homo : plus de sensibilisation !

En Belgique, de même que dans d'autres pays européens, la situation des homosexuel(le)s a connu de nombreuses avancées, mais des enquêtes montrent que leur situation quotidienne reste encore difficile à vivre pour une part non négligeable d'entre eux (elles), et tout particulièrement pour les jeunes.



18

#### Espace prestataires

### La couverture de santé pour tous, réalité ou... utopie ?

En 2016, 90% de la population vivant dans des pays à faible revenu ne bénéficie d'aucun droit à une couverture de santé, près de 18.000 enfants meurent chaque jour de causes évitables et seulement un quart des femmes sont assurées contre les risques liés à la grossesse et à l'accouchement. Le principe de couverture universelle créé en 1948 est-il atteignable ?



20

# 1.600.000

Google a pu accéder aux données médicales de 1,6 million de patients des hôpitaux londoniens en vue de développer une application dédiée à la détection des infections rénales. Autant dire que cela fait débat...

### Un hackathon dédié aux services de secours



Original, utile et bienvenu, le "MolenHack" avait pour objectif de développer des propositions pour améliorer la communication des alertes lors de situations d'urgences afin de faciliter les interventions des pompiers et ambulanciers. A l'issue du week-end de réflexion, quatre projets ont été récompensés dont l'application "Brusafe" qui a obtenu le prix SIAMU. Celle-ci permet de mettre en contact des témoins ou victimes d'accidents avec les services de secours via une petite application ajoutée aux messageries de réseaux sociaux. Quatre icônes claires permettent de préciser le type d'urgence : incendie, santé, transport ou violence. Du côté des services d'urgence (centrale 112), ces signalements et icônes apparaissent sur une carte GPS interactive, géo-localisant automatiquement le téléphone, ce qui permet d'échanger par téléphone ou messagerie instantanée avec la personne ayant signalé l'événement. Ce type de système pourrait faire gagner entre 4 et 10 minutes sur le temps d'arrivée des secours.

[molengeek.com](http://molengeek.com)

### Coup de pouce contre la douleur des enfants



Exprimer où et à quel point il a mal, ce n'est pas toujours facile pour un enfant. Comprendre et évaluer la douleur des petits n'est pas non plus évident pour leurs parents ou les professionnels de soins les accompagnant. Un site web est dédié à la thématique de la douleur infantile. 'Jeutesoigne.be' montre en vidéo aux enfants hospitalisés les différentes étapes d'une opération, explique les traitements existants pour endormir les sensations, montre des pictogrammes pour exprimer son niveau de douleur. Les parents et les enfants peuvent aussi y trouver d'autres ressources comme une application ou des jeux à télécharger ou visionner des petits films pour comprendre et supporter les prises de sang.

<http://jeutesoigne.be>

# 02 201 22 22

La Garde Bruxelloise est joignable 24h sur 24 et 7 jours sur 7 via ce numéro de téléphone unique. Les personnes ayant besoin des services d'un médecin généraliste seront orientées vers un des 3 postes médicaux de garde bruxellois. Un service accessible tous les soirs de la semaine et les week-ends et jours fériés toute la journée et en soirée.





## Gérer sa santé : rêve ou réalité ?

(Com)prendre sa santé en main, une vraie évidence ?	p.7
Maladies cardiovasculaires : "S'adresser au grand public, aux patients et aux médecins"	p.10
Informers les groupes vulnérables	p.11
4 manières d'améliorer le "partenariat" entre le professionnel de la santé et le patient	p.12
Quelle confiance accorder aux infos santé dans les médias ?	p.14

# (Com)prendre sa santé en main, une vraie évidence ?

Malgré un statut de parent pauvre de la santé, la prévention est reconnue pour son impact sur les soins de santé et le rôle qu'elle peut jouer sur les dépenses médicales. Mais derrière la prévention se profile une foule de moyens d'accompagner les citoyens et les patients dans la compréhension et la prise en mains de leur santé. La "littératie en santé" fait partie de ces outils. Que recouvre ce concept et que peut-il apporter ?

Un film pour préparer une opération, un cours online pour comprendre son traitement, un traducteur dans une salle d'attente, des étudiants en travaux pratiques avec un patient expert du vécu ou encore une émission télévisée avec un super-héros apprenant les habitudes saines aux enfants. Les actions visant à améliorer les compétences santé des citoyens et des patients sont nombreuses et variées. "Mais il n'y a pas de projets ou de démarches labellisés 'littératie en santé'! Chaque professionnel de soins de santé en donnera sa définition et son application propres". D'emblée, le ton est donné par le professeur Yves Coppieters, président de l'Ecole de Santé publique de l'ULB. Le sujet est vaste et plein de nuances.

L'Organisation mondiale de la santé définit la littératie en santé comme la capacité d'un individu à trouver, à comprendre et à utiliser l'information santé de base, les options de traitement qui s'offrent à lui et à prendre des décisions éclairées concernant sa propre santé. C'est un ensemble de compétences transversales qu'on soit en bonne santé ou malade, explique Yves Coppieters.

## Impact sur la santé

Nombreuses sont les études qui lient faible niveau d'études et moins bon comportement de santé. Dans sa thèse de doctorat dédiée à l'impact de la littératie en santé sur la relation patient-médecin, une jeune médecin française énumère les impacts négatifs d'une faible littératie en santé, notamment sur certains risques de santé comme le tabagisme, sur le nombre d'accidents du travail, sur la gestion

des maladies chroniques (diabète, VIH, asthme), sur la prise de médicaments, sur le nombre de (ré-)hospitalisations, sur la morbidité et les décès prématurés ou encore sur les coûts de santé.

Mais il est possible d'améliorer les compétences en santé des citoyens malgré cette statistique. C'est toute l'ambition de la littératie en santé. Comme l'affirme une étude sur le thème conduite par l'UCL en 2014, "une bonne littératie en santé peut atténuer l'effet négatif d'un faible niveau d'études en matière

d'alimentation saine, d'activité physique et de consommation des médicaments. L'utilité d'une bonne éducation en matière de santé et d'informations claires est ainsi démontrée."

## Acteur des choix de santé

Comment contribuer à l'amélioration des compétences en santé des citoyens ? "On considère de plus en plus que la littératie en santé est un des déterminants de la santé, explique Yves Coppieters. Il y a une série d'éléments qui influencent les comportements de santé comme l'origine socio-économique, le niveau d'études ou l'âge. Mais la littératie en santé est un des déterminants de la santé sur lequel nous pouvons agir, en tant que professionnel de santé ou en tant que citoyen. Elle prône l'autonomie : on peut tout à fait être acteur de ce changement de comportement et en tant que professionnel, rendre accessibles aux personnes des ressources pour l'être." Mais pour cela, il faut en quelque sorte travailler "sur-mesure", en tenant compte non seulement des domaines de santé mais aussi des publics concernés. "Chaque individu est singulier et donc espérer mettre chacun

**Il n'y a pas de projets ou de démarches labellisés 'littératie en santé'! Chaque professionnel de soins de santé en donnera sa définition propre.**

Yves Coppieters

à niveau en termes de littératie en santé, c'est une utopie citoyenne.", confirme Dan Lecocq, maître de conférences et chercheur à l'École de Santé Publique de l'ULB.

### Des actions "sur mesure"

Pour un **malade chronique**, les actions pour améliorer ses compétences seront plutôt de l'ordre de l'éducation thérapeutique : quelle est l'histoire de sa maladie, comment suivre au mieux son traitement, comment en parler avec ses soignants, avec ses proches. Par la suite, il pourra peut-être jouer un rôle de "patient-partenaire", une autre facette de la littératie en santé.

Un **migrant récent** ou une personne ne parlant pas bien le français ou le néerlandais aura besoin d'autres types d'actions : il faudra dans un premier temps faire en sorte que la communication fonctionne et donc utiliser les services d'un interprète ou mettre le paquet sur des outils visuels, pictogrammes, dessins ou autre. Des interventions qui, adaptées, peuvent aussi être mises en œuvre pour agir auprès de publics fragilisés.

“  
Chaque individu est singulier et donc espérer mettre chacun à niveau en termes de littératie en santé, c'est une utopie citoyenne.

Dan Lecocq

En ce qui concerne les risques de santé comme le **surpoids** ou la **consommation d'alcool**, les professionnels de santé peuvent utiliser la méthode de l'entretien motivationnel, qui consiste à travailler sur la relation entre le soignant et le patient afin que celui-ci soit lui-même moteur de son changement. C'est ce qui se fait par exemple à la 'Clinique du Bon

Vivant' de l'Hôpital Erasme. Un centre qui accueille des patients renvoyés par leur médecin généraliste pour un suivi lié à l'alimentation et/ou à l'alcool.

Pour les **personnes âgées**, il faut adopter une autre stratégie, considérant que l'âge constitue un facteur de risque de la perte d'autonomie. "Dans ce cas, nous devons miser sur les

compétences individuelles, aider ces personnes à maintenir leurs capacités, à avoir un esprit critique sur ce qu'on leur impose face à leur âge, à leur maladie

### Langue et culture

#### Des bureaux temporaires pour aller à la rencontre de la communauté turque

Gülhan, Gök,... : les noms de restaurants ne laissent planer aucun doute. De nombreuses personnes d'origine turque vivent aux alentours de la Sleepsstraat à Gand. Avec ses deux bureaux temporaires et un conseiller clientèle turcophone, Partena Ziekenfonds veut aligner sa prestation de services à ce groupe-cible. Le mardi, le jeudi et le vendredi, la communauté turque de Gand peut directement se rendre chez Sukran Ozer, le conseiller clientèle turcophone de Partena. "Quand on parle la même langue, c'est évidemment plus accessible, ajoute Sukran. Et pour les dossiers difficiles et délicats, les gens apprécient énormément le fait que je puisse les aider en turc."

Ces bureaux temporaires ne sont pas les seuls outils du projet. Partena a également traduit en turc quelques brochures et propose à la communauté turque un service spécifique sur mesure. "Nous voulons faire correspondre davantage nos services aux besoins de la communauté turque, déclare Patricia Verstraete, manager Brand & Communication de Partena. Il ne s'agit pas que de la langue, certaines différences culturelles peuvent aussi compliquer la bonne compréhension mutuelle. Nous ne voulons pas négliger la diversité au sein de notre mutualité."

Steven Vervaeet



"L'éducation thérapeutique est un des moyens de renforcer la littératie en santé"



pour pouvoir être à niveau par rapport à l'info donnée, décoder une notice médicale ou lire une prescription", insiste Yves Coppieters.

Pour être efficaces, les actions de littératie en santé doivent donc adopter une stratégie différente selon le public. Malgré le peu de données à ce jour sur les effets d'un renforcement de la littératie en santé, une étude canadienne pointe l'impact plus grand d'une intervention lorsqu'elle coïncide parfaitement avec un groupe cible. En d'autres mots, pour toucher l'ensemble de la population, il faudrait imaginer une collection d'actions fonctionnant en parallèle selon les populations concernées.

### Agir dès le plus jeune âge

Adapter les actions au public est une chose. Mais il faut aussi penser au contexte et anticiper. "La litté-



"Sensibiliser aux habitudes saines dès le plus jeune âge"

ratie en santé doit être amenée le plus tôt possible et à tous les niveaux, dans l'éducation de base, dans l'accès à l'information, explique Yves Coppieters. Et cela dans les milieux de vie des publics concernés. Pour les enfants par exemple, à la crèche et à l'école. Il faut aussi penser au relais entre les milieux sinon les interventions ne fonctionneront pas". Mettre les enfants en contact avec la pratique d'une activité physique ou une alimentation équilibrée, c'est tout l'enjeu des actions de santé en milieu scolaire organisées par les communautés et appliquées diversement d'un établissement à l'autre. Un exemple parmi d'autres : dans une école de Genval, les menus ont été redéfinis suite à une initiative de l'association de parents. Soutenue par la direction d'école, l'association de parents a mis sur pied une "commission alimentation saine" qui a proposé plusieurs activités à destination des élèves. C'est ainsi que l'école s'est associée au projet "Sapere", qui prône la méthode d'apprentissage de l'alimentation par le goût. Ces programmes éducatifs sont dédiés à l'éducation par le goût des enfants, à travers les cinq sens. L'objectif est de favoriser la construction d'habitudes alimentaires saines et équilibrées.

La lecture de tous ces exemples permet de constater que la littératie en santé est un concept difficile à cerner mais pas à appliquer. De nombreuses disciplines contribuent en effet déjà et depuis longtemps à la promotion des compétences en santé des citoyens et des patients. Il manque une cohérence et une impulsion politique pour aller plus loin.



**Stéphanie Brisson**  
stephanie.brisson@mloz.be

## Une recherche pour améliorer la communication écrite à l'hôpital

Mesurer l'impact de la communication écrite sur les inégalités sociales en matière de santé et élaborer des outils pour accompagner le personnel hospitalier dans sa communication avec les patients C'est l'un des objectifs du projet de recherche Babeliris qui a identifié les problèmes de communication récurrents dans les hôpitaux publics de la Région de Bruxelles-Capitale du réseau iris. Le but final est de mettre du matériel éducatif à la disposition des hôpitaux iris et de proposer des modules d'apprentissage afin d'approfondir les connaissances du personnel hospitalier. Parmi les réalisations, on peut citer une vaste banque de textes réutilisables pour toute traduction, un guide de bonnes pratiques en matière de rédaction de textes facilement compréhensibles par les patients et leurs familles ou encore une base de données multilingue des termes hospitaliers qui permet d'expliquer des concepts médicaux de manière scientifique mais aussi dans un langage adapté aux patients.

[www.babeliris.be](http://www.babeliris.be) – Contact : [ward.van.de.velde@ulb.ac.be](mailto:ward.van.de.velde@ulb.ac.be)

## Maladies cardiovasculaires

# "S'adresser au grand public, aux patients et aux médecins"

Les maladies cardiovasculaires sont la principale cause de décès dans notre pays. Alors que nous sommes en mesure de contrôler la plupart des facteurs de risque : tabac, sédentarité, surpoids,... C'est pourquoi la Ligue cardiologique belge tente depuis plus de 45 ans déjà d'améliorer les connaissances en santé du grand public, des patients cardiaques et des médecins.



Dr Freddy Van de Casseye

Presque 100 Belges succombent chaque jour d'une maladie cardiovasculaire. Et ce alors que les connaissances scientifiques sur les facteurs de risque et la détection n'ont jamais été aussi élevées. Qu'est-ce qui ne tourne pas rond ? "Vous ne devez pas oublier qu'il existe

plusieurs facteurs de risque pour les maladies cardiovasculaires, indique Freddy Van de Casseye. De plus, certains facteurs comme l'hypertension ou le mauvais cholestérol n'entraînent souvent pas de plaintes spécifiques et ont un effet multiplicateur. Changer le style de vie des gens est la chose la plus difficile qui soit. L'adhésion à une thérapie médicamenteuse pose souvent déjà problème, mais rester fidèle à un style de vie sain est encore plus contraignant. Les défis relatifs à la littératie en santé sont donc énormes."

### Différents groupes-cibles

La Ligue cardiologique belge relève ces défis en s'adressant à différents groupes-cibles. "Nous ratissons large. Les campagnes annuelles comme la Semaine du Cœur s'adressent au grand public, mais nous soutenons également les clubs cardio qui aident les patients à développer un style de vie sain", précise Freddy Van de Casseye. "Et nous collaborons également avec les associations de patients pour recueillir des témoignages qui doivent inciter les gens à changer leur style de vie. C'est une manière directe et simple de communiquer."

### Forme et contenu

Nous sommes alors arrivés à un point crucial : la forme du message. "Nous travaillons toujours avec un bureau de communication qui convertit les notions complexes en messages simples, explique le docteur Van de Casseye. Nous avons par exemple lié une campagne sur les facteurs de risque cardiometaboliques à la simple question : "Etes-vous une pomme ou une poire ?" Nous essayons de la sorte d'atteindre un maximum de personnes."

La Ligue détermine le contenu de ses actions avec un comité scientifique. C'est surtout le caractère multidisciplinaire du message qui est important. "Cardiologues, nutritionnistes, médecins généralistes, pharmaciens,... Nous collaborons étroitement avec eux et nous nous concertons continuellement sur nos actions.

### Et pour les prestataires de soins ?

Le grand public et les patients ont besoin d'informations claires sur les maladies cardiovasculaires, mais c'est aussi le cas des médecins. "Nous organisons chaque année un congrès national pour les prestataires de soins, annonce Freddy Van de Casseye. Et ce n'est pas parce qu'il s'agit de médecins que nous complexifions inutilement les choses. Il doivent également mettre à disposition des informations en matière de prévention et de style de vie, pour pouvoir aider leurs patients d'une manière tout aussi accessible."

Steven Vervaeet

steven.vervaeet@mloz.be

### "Devenez un chevalier du cœur et sauvez des vies"

50% des Belges ne savent pas ce qu'est un **défi-brillateur automatique externe** (DAE) et 70% ignorent comment utiliser ce type d'appareil. Conséquence : parmi les 10.000 Belges qui sont victimes chaque année d'un arrêt cardiaque en dehors de l'hôpital, moins de 10% est encore là pour le raconter.

Pour augmenter ce nombre, la Ligue cardiologique belge organise chaque année la campagne "Osez sauver". Avec un grand nombre de témoignages, la Ligue veut convaincre les gens d'apprendre à utiliser un DAE, à réanimer et à sauver des vies. Un excellent exemple de renforcement de la littératie en santé !



<http://osez-sauver.be>

MSD Health Literacy Awards

## Informer les groupes vulnérables

Etrangers, personnes en situation précaire, travailleurs du sexe,... : de nombreux publics fragilisés passent souvent sous le radar de nos soins de santé. Heureusement, des initiatives peuvent combler ces lacunes du secteur de soins. Trois projets de ce type sont récompensés chaque année par les Well Done - MSD Health Literacy Awards. En voici deux expliqués en détail !

### "Avec elles" (Médecins du Monde)

#### Créer une relation de confiance avec les femmes les plus vulnérables à Bruxelles

Redonner confiance en nos soins de santé aux femmes les plus vulnérables à Bruxelles, c'est la mission du projet "Avec elles". "Le public concerné est composé de femmes vivant dans des squats, de travailleuses du sexe, de femmes sans abri, ... Toutes les personnes qui n'entrent jamais en contact avec des professionnels de soins de santé et qui n'ont pas de mutualité", explique Nel Vandevannet, directeur missions belges chez Médecins du Monde.

Pour ce projet, Médecins du Monde forme une série de bénévoles qui cherchent activement à entrer en contact avec ces femmes. "Ces bénévoles sont surtout des médecins et des infirmières. Ils construisent une relation de confiance avec ces

femmes et les accompagnent en duo. D'où le nom du projet."

"Avec elles" se concentre surtout sur la santé sexuelle des femmes. "Ce groupe le plus précaire a vraiment besoin d'informations claires. C'est pourquoi nous les informons sur les moyens de contraception et faisons un test rapide de dépistage du VIH,... Nous les renvoyons parfois aussi vers un gynécologue ou une assistante sociale. Nous organisons des sessions d'information sur la contraception, le SIDA, l'accès aux soins de santé, la violence envers les femmes,... simplement et avec beaucoup d'images. En 2015, nous avons organisé 29 sessions au total, avec une moyenne de 13 participantes par session."



[www.medecinsdumonde.be](http://www.medecinsdumonde.be)

### Carte "Soins de santé en Belgique" (ville d'Anvers)

#### La visite chez le médecin en images et pictogrammes

Que fait un médecin généraliste ? Qu'est-ce que le Dossier médical global ? Comment suis-je remboursé(e) ? Tout le monde ne connaît pas la réponse à ces questions. C'est pour expliquer ces notions clairement et simplement que la ville d'Anvers a imaginé la Carte "Soins de santé en Belgique". "Grâce à ce document, les travailleurs sociaux et prestataires de soins peuvent rapidement transmettre une connaissance de base à des personnes illettrées ou ne parlant pas le néerlandais", explique Liesbet Meyvis, collaboratrice de projet service Santé de la ville d'Anvers.

Avec des phrases courtes et simples, des pictogrammes et surtout beaucoup de photos, la carte explique les principes essentiels de la visite chez le médecin. "Nous fournissons la carte aux travailleurs sociaux, mais aussi aux médecins, travailleurs

socio-culturels, assistants sociaux, etc. Et grâce à cette carte, ils peuvent à leur tour expliquer les principes de base de la visite chez le médecin aux personnes qui en ont besoin, précise Liesbet Meyvis. La carte comble une lacune importante, car les assistants sociaux du CPAS d'Anvers n'expliquaient souvent pas le système des soins de santé à leurs clients. C'est pourquoi nous avons travaillé avec eux à la conception de cet instrument très accessible."

Et le succès de la carte démontre le besoin d'une information plus claire et simplifiée. "Il nous a rapidement été demandé de pouvoir utiliser notre document en dehors d'Anvers. Gand et Boom l'ont entretemps aussi diffusé, annonce Liesbet Meyvis. La carte comprend également un petit folder représentant les notions de base les plus importantes et est disponible en 16 langues".



[www.antwerpen.be](http://www.antwerpen.be)



Steven Vervaeet  
steven.vervaeet@mloz.be



## 4 manières d'améliorer le "partenariat" entre le professionnel de la santé et le patient

Une communication patient-médecin optimale, tout le monde le souhaite. Mais le chemin pour y arriver prend diverses formes. Augmenter la possibilité pour les professionnels de la santé et patients d'être de vrais partenaires dans la relation de soins est une piste sérieuse. Mais qu'appelle-t-on "patient partenaire" ? Qu'apporte-t-il aux soins de santé et pourquoi est-ce une piste d'avenir ? Focus sur des projets en cours.



Dan Lecocq

Paul a 74 ans et toute une vie derrière lui. Récemment, on lui a diagnostiqué un diabète. Sur papier, les recommandations médicales les plus évidentes sont un régime strict sans sucre, sans sel et de l'exercice physique. Oui mais voilà, même si Paul acquiesce devant son médecin, il n'envisage pas du tout de sacrifier la petite pâtisserie du samedi en compagnie de ses enfants et s'autorise déjà des écarts. De plus,

avec ses problèmes d'articulations à la hanche, l'activité physique semble compromise.

"Dans ce contexte-là, on aura beau délivrer toute l'information qu'on veut, on court le risque que Paul n'adhère pas du tout à son traitement, affirme Dan Lecocq, maître de conférences et chercheur à l'École de Santé Publique de l'ULB. C'est pourquoi la question d'une meilleure communication médecin-patient est dépassée ! Aujourd'hui, pour garantir l'adhésion aux soins, il faut aller dans une logique de

co-construction des objectifs avec le patient". Cela signifie qu'il faut dépasser un mode de communication "information" à sens unique pour aller vers un "partenariat" avec le patient. Comme le rappelle Dan Lecocq, c'est d'ailleurs une logique promue par la loi sur le droit des patients de 2002, qui met en avant la prise de décision et le consentement éclairés.

Mais quels sont les moyens pour aboutir à cette prise de décision partagée en se rappelant que la décision finale appartient au patient ? "Il faut tenir compte de ce que l'on nomme les savoirs 'expérientiels' de Paul : que connaît-on vraiment de l'expérience de santé de Paul, de sa vie au quotidien avec la maladie ?, avance Dan Lecocq. Sur base de ses expériences et en complément des savoirs scientifiques de son médecin, il est alors possible de co-définir des interventions adaptées aux priorités de Paul.

"En optant pour cette approche où d'emblée, les accompagnants professionnels optent pour la co-

définition des objectifs avec le patient pour une prise de décision partagée par rapport au traitement, on peut raisonnablement penser que le patient va être davantage susceptible d'adhérer aux soins qu'on va lui proposer", affirme le chercheur. Cette démarche permet de faire circuler de l'information dans les deux sens et dans une logique de partenariat en santé. "Dans le partenariat patient, l'information n'est pas l'objec-

tif de la relation existante entre le professionnel de la santé et le soigné. L'objectif de la relation entre l'équipe interdisciplinaire et le patient, c'est d'arriver à une prise de décision partagée." Le partenariat-patient est une forme d'empowerment et un pari sur lequel l'École de Santé publique de l'ULB a mis en collaborant à quatre projets interdépendants.

Il faut tenir compte des savoirs 'expérientiels' du patient : que connaît-on vraiment de son expérience de santé, de sa vie au quotidien avec la maladie ?



## 1 Former des "patients-partenaires"

A l'Hôpital Erasme, au service de néphrologie, 11 patients ont été recrutés pour entamer une formation de "patients-partenaires" avec la collaboration de l'Université de Montréal. Leur cycle de formation les prépare à travailler avec des professionnels de santé, pour collaborer au-delà de leurs propres relations de soins. Les patients vont apprendre comment partager leurs **savoirs expérimentiels** et les professionnels vont être formés pour apprendre à mobiliser ces savoirs. Les patients-partenaires ainsi formés vont par exemple être associés à l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique ou participer à des projets de recherche. "Les futurs patients-partenaires ont un profil précis : il s'agit de personnes partenaires ou/et en voie d'être partenaires de leurs propres soins c'est-à-dire qui viennent à la consultation avec des questions complémentaires, qui ont tendance à discuter des options thérapeutiques", précise Dan Lecocq. Leur mission de partenariat se déroulera dans le cadre des structures – services et hôpital – qu'ils ont expérimentées en tant que patients.

## 2 Associer les patients dans les comités de sécurité et de qualité

Aux Centres Hospitaliers Jolimont, des patients-partenaires ont été associés aux comités qualité sécurité, mis en place dans le cadre d'une démarche d'accréditation des hôpitaux. Les patients ont par exemple participé à la réflexion sur la question de l'identification des patients afin que les professionnels de la santé s'assurent que les bons soins soient prodigués aux bons patients. Cela peut impliquer par exemple le port du bracelet, ce qui peut susciter diverses réactions. "C'est tout l'intérêt d'associer des patients-partenaires à la réflexion : sur base de leur vécu, de leur expérience, ils permettent **de penser différemment la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques** qui exigent de vérifier deux fois l'identité d'un patient, avec deux identifiants différents avant de lui prodiguer un soin", explique le chercheur. La collaboration avec les patients-partenaires débouche sur une information à l'attention des patients conçue différemment et adaptée à leurs besoins.

## 3 Inviter des patients dans les comités scientifiques

Les patients-partenaires sont associés comme co-chercheurs dans des comités scientifiques. L'idée est de faire appel à leur savoir expérimentiel. "On ne leur demande pas d'être des experts en méthodologie de la recherche mais **des capteurs/diffuseurs**

**d'expérience**, souligne Dan Lecocq. Par exemple, dans le cadre d'une recherche sur les interactions infirmières/patients avec un questionnaire à grande échelle, les patients co-chercheurs peuvent aider dans l'analyse et l'interprétation des résultats". Et parfois même suggérer une méthodologie différente de celle envisagée. Grâce aux remarques des patients-partenaires, il est possible d'analyser et interpréter différemment, de nuancer les choses et apporter un autre regard que ceux des enquêteurs. Et cela offre des pistes de recherche pour la suite. L'apport des patients-partenaires est aussi utile dans une phase qualitative, en croisant leur regard avec celui des prestataires de soins.

## 4 Intégrer des patients dans la formation des futurs professionnels de la santé

Un projet en gestation est, dès la rentrée académique de 2016, que les futurs professionnels de santé de l'ULB qui étudient sur le site Erasme soient rejoints par des patients-partenaires formés dans leurs séminaires de collaboration interprofessionnelle, un module de formation commun qui les met en contact avec les autres professions médicales. Pour le moment, les étudiants travaillent principalement sur base d'une situation de soins fictive sur papier. A Montréal, le même type de séminaires est organisé avec 13 facultés de santé, avec des patients-partenaires. On n'y discute pas d'un cas papier mais de l'expérience de santé du patient-partenaire qui est physiquement présent. La réaction du patient-partenaire face aux recommandations des futurs professionnels va les mettre face à une réalité concrète et vécue. Ces séminaires permettent, en situation réaliste, de **s'entraîner à une collaboration interprofessionnelle, sans mettre personne en danger**.

"Actuellement, quelles sont les structures de soins où des réunions multidisciplinaires sont organisées en présence du patient dans une logique de partenariat et de co-construction ? Elles existent, mais ne représentent pas une majorité", regrette Dan Lecocq. La plupart du temps, même si on se cantonne à l'information, elle est dispersée entre différents acteurs et délivrée par plusieurs professionnels qui, séparément, n'ont pas toujours tous les savoirs pour répondre aux questions du patient et pouvoir ajuster les choses en fonction de sa singularité. Pourquoi ne pas rencontrer le patient ensemble ?"



Stéphanie Brisson

stephanie.brisson@mlz.be

# Quelle confiance accorder aux infos santé dans les médias ?

Nous laissons-nous facilement influencer par les informations sur notre santé ? Nous préférons bien évidemment répondre que "non". Mais sommes-nous vraiment certains qu'un lecteur ne se pose aucune question lorsqu'il apprend dans son journal que la charcuterie est mauvaise pour la santé ? Les déclarations des médias sur la santé devraient être lues avec un regard critique, mais n'est-ce pas plus facile à dire qu'à faire ?



Joyce Stroobant

Les informations négatives sur l'utilisation de statines, un médicament pour diminuer le cholestérol, incitent les patients à arrêter leur traitement avec statines. Un peu réducteur ? Peut-être bien. Mais des chercheurs danois de l'Université de Copenhague ont estimé que cela valait la peine d'approfondir la question. Ils ont étudié 674.900 personnes de 40 ans et plus pour découvrir pourquoi certaines arrêtaient leur traitement avec statines. Leur enquête a révélé des résultats remarquables : il existe une corrélation entre le nombre de fois que les statines sont mentionnées négativement dans la presse et l'arrêt d'un traitement. Ce sont surtout les personnes qui ont lu ou entendu de nombreuses informations négatives durant les six premiers mois de leur traitement avec statines qui ont arrêté celui-ci plus tôt.

## Littératie en santé

Le groupe de recherche Health, Media & Society de l'Université de Gand se penche sur ce sujet depuis 2014. Joyce Stroobant est l'une des doctorantes de ce groupe de recherche. "Nos recherches se concentrent sur le rôle des médias au sein des soins de santé. Nous parlons de littératie en santé", explique-t-elle.

Joyce Stroobant est formelle : les médias exercent une grande influence sur notre santé. "Nous étudions pour l'instant une population âgée de 50 ans et plus sur la manière dont ils sont influencés par les informations. L'étude est toujours en cours, mais nous pouvons déjà dire que la crédibilité d'un article va de pair avec un titre de presse. Si des informations sont reprises dans un journal dit "de qualité", les lecteurs vont les croire plus facilement, car ils partent du principe que ce journal vérifie vraiment bien ses informations."

## Etude des sources

Donc, si un journal "de qualité" écrit que la charcuterie est mauvaise pour la santé, les lecteurs le croiront plus facilement que si cette information provient d'un journal à sensation. Un raisonnement logique, si nous partons du principe que les médias de qualité effectuent un examen approfondi des sources. "Ce n'est malheureusement pas toujours le cas, indique Joyce Stroobant. Nous avons effectué un monitoring à

grande échelle des médias et examiné l'utilisation des sources et les personnes à qui la parole est donnée dans les médias. Environ 30% des articles liés à la santé ont pour source le 'monde académique'. Il peut donc s'agir d'un professeur, d'un groupe de recherche ou d'une étude. Mais les références restent bien souvent très vagues : 'Une enquête britannique démontre que...' ou 'Il ressort d'une enquête américaine que...'. Pour rendre leur article plus crédible, les journalistes contactent un professeur ou un médecin



lié à une université belge et lui donnent la parole. Mais le lecteur ne reçoit aucune véritable information concrète. Selon un article paru en février, des scientifiques auraient découvert le 'talon d'Achille' du cancer. De nombreux articles et nouvelles en ligne renvoyaient aux chercheurs britanniques qui avaient fait cette découverte. Mais en fait, ce sujet avait uniquement été présenté lors d'un congrès et n'avait pas encore été publié dans une revue scientifique. C'est important de le signaler car c'est seulement à ce moment que l'étude a fait l'objet d'une sérieuse critique."

Joyce Stroobant met aussi l'accent sur le côté versatile des médias et sur leur propension à publier des informations pas toujours cohérentes. "De nombreux sujets ne font par exemple pas l'objet d'un suivi. Cela dépend bien évidemment souvent également de l'offre en matière d'actualité, donnant la priorité à certains sujets par rapport à d'autres."

Fort heureusement, le CEBAM existe en Belgique : le Centre belge pour l'Evidence Based Medicine. Les articles compliqués sont expliqués sur le site web [www.cebam.be](http://www.cebam.be). "Mais le CEBAM n'est pas suffisamment connu du public et c'est dommage". Il existe chez nous trop peu d'initiatives du genre pour faire la revue de ce qui apparaît dans les informations. En Allemagne, le site [Medien-doktor.de](http://Medien-doktor.de) recense, étudie et examine chaque jour les informations santé parues dans les médias. Le but est que notre groupe de recherche Health, Media & Society en fasse de même à plus long terme, bien sûr en collaboration avec des journalistes."

### La plus-value de Twitter

Toute personne qui utilise ce réseau social de temps en temps aura déjà remarqué les différentes

informations en matière de santé qui sont tweetées et retweetées ou les appels personnels d'un patient qui trouve tel traitement trop cher, par exemple. Il semblerait que Twitter influence également la littératie en santé. Pour Joyce Stroobant, l'influence de Twitter est encore imprécise. "Et par extension, l'influence de tous les médias sociaux. Il est très difficile d'examiner ce phénomène. Pour l'instant je m'interroge surtout sur la plus-value de Twitter. Parfois des articles de journaux renvoient à un tweet de patients. Pour les journalistes, l'utilité de Twitter

“ Si des informations sont reprises dans un journal dit “de qualité”, les lecteurs vont les croire plus facilement. ”

est claire : ils peuvent compléter leur source académique par le récit d'une personne, trouvé sur Twitter. A cet égard, Twitter peut par exemple donner de la visibilité à une organisation de patients qui, sans cela, ne recevrait pas l'attention des médias."

### Se familiariser avec les informations en matière de santé dans les médias

Lire les infos de manière critique, ne pas croire tout ce qui est publié dans les journaux et se méfier des messages qui paraissent dans les médias sociaux... Plus facile à dire qu'à faire ? Considérons et réfléchissons surtout de manière positive à la manière dont nous pouvons aider les personnes à gérer toutes ces informations.

"Je pense que les gens peuvent apprendre comment regarder ces messages, déclare Joyce Stroobant. Le mieux est de déjà commencer dans l'enseignement : faire observer aux élèves des sujets de santé de manière critique. Les chercheurs de l'Université d'Amsterdam ont étudié la manière dont les gens réagissent à certains contenus. Les personnes-test ont reçu les résultats d'enquête d'une étude et devaient choisir la manière dont elles voulaient lire ces résultats : en tant que texte continu ou en y ajoutant des petites vidéos et des images. L'étude a démontré que les personnes âgées de 50 ans et plus comprenaient mieux les résultats avec l'ajout de petites vidéos et d'images, alors que ce point ne faisait aucune différence pour les plus jeunes, qui s'en sortaient avec le texte continu. Nous pouvons donc découvrir la manière dont les personnes regardent un contenu. Je pense aussi que le monde en ligne peut nous aider. Un webmaster peut par exemple demander à ses visiteurs s'ils veulent consulter le contenu sous forme de texte ou vidéo."

Le groupe de recherche Health, Media & Society a également l'intention d'examiner la manière dont les informations en ligne sont évaluées par les lecteurs. En bref : que trouvent-ils fiable ou non ? "Les gens admettent en effet qu'ils trouvent important de savoir de qui vient l'information. Mais est-ce que ces mêmes personnes peuvent découvrir l'origine de l'information à partir d'un article ? Et peuvent-ils, par exemple, faire la différence entre un message commercial et un message non commercial ?"



Lies Dobbelaere

[lies.dobbelaere@mloz.be](mailto:lies.dobbelaere@mloz.be)

# Régimes express, la grande arnaque ?

A l'approche de l'été, c'est le sujet qui fait la Une de tous les magazines et les sites féminins. On nous sert du régime à toutes les sauces : sans effort, hyper protéiné, crudivore, paléo... Mauvaise nouvelle pour celles et ceux qui y fondent tous leurs espoirs : les régimes seraient pour la plupart inefficaces !



**Vanessa Roland**

la bataille contre les bourrelets est perdue d'avance puisqu'elle va à l'encontre même de notre impératif biologique de survie. En bref, lorsque l'on impose des restrictions alimentaires à notre corps, il réagit sur différents plans : neurologiques, métaboliques et hormonaux. Notre corps est en effet en perpétuelle recherche d'homéostasie, c'est-à-dire qu'il régule son fonctionnement pour parvenir à l'équilibre. "Perdre trop de poids rapidement ou s'imposer un régime draconien, c'est aller à l'encontre de l'homéostasie naturelle du corps, précise le Dr Vanessa Roland, médecin nutritionniste. Le corps met alors en place des mécanismes de défense et le poids perdu est rapidement repris..." Cela signifie-t-il que face à notre biologie, les régimes ne font pas le poids ? Il n'existerait donc aucun moyen, aucune méthode efficace pour obtenir une taille idéale ?

Une psychologue américaine l'affirmait il y a peu, après avoir étudié pendant 20 ans les comportements alimentaires de ses compatriotes : les régimes sont inévitablement voués à l'échec. Selon Traci Mann\*, malgré toute la volonté du monde,

**Entamer un régime qu'on compte suivre jusqu'à l'été, c'est voué à l'échec**

## Ad vitam

"Déjà, le mot 'régime' pose problème, précise le Dr Rolland. Car il définit une période. Entamer un régime qu'on compte suivre jusqu'à l'été, je confirme que c'est voué à l'échec. Dès que la période de régime est terminée, on reprend les mauvaises habitudes et on reprend du poids, parfois même plus. Quand on veut vraiment perdre du poids, il faut viser un changement d'alimentation et d'hygiène de vie, sur du long terme,

c'est-à-dire à vie. Et qui devra probablement être adapté à chaque changement de vie : divorce, déménagement, changement de travail, ménopause, mariage,..." Pour perdre du poids de manière durable et efficace, mieux vaut donc oublier les régimes rapides avant les vacances et viser plutôt un changement radical de son mode de vie. Le secret pour garder la ligne réside dans une bonne hygiène

de vie couplée à la pratique quotidienne d'une activité physique.

"En tant que médecin, je ne tiens pas compte uniquement du poids, mais de la santé globale et de la qualité de vie, ajoute le médecin nutritionniste. Un patient qui ne maigrit pas mais qui ne fume plus, bouge davantage, mange des légumes, du poisson, etc. aura moins de risques de santé. Et c'est une réussite ! Une perte de poids de 10%, quel que soit le poids de départ, a déjà un impact très positif sur la santé globale, surtout sur la santé cardiovasculaire."

\* Secrets From The Eating Lab, The Science of Weight Loss, the Myth of Willpower, and Why You Should Never Diet Again, Traci Mann, Hardcover.



## Alléger le portefeuille

Si les différents régimes prêts à l'emploi, hyper protéinés, méthode Untel, paléo, soupe aux choux, etc. ne sont que de la poudre aux yeux, que penser des substituts et compléments alimentaires qui sont parfois vendus sur les comptoirs des pharmacies ? "Tous ces produits ne peuvent pas faire de tort, mais ils n'ont aucun effet prouvé. Une fois de plus, sur le long terme, ils sont impossibles à tenir. En outre, ils sont extrêmement coûteux". Paradoxalement, si le coût élevé de certaines méthodes de régime est un frein pour certains, il peut être également un élément de motivation pour d'autres. À un tel tarif, mieux vaut ne pas se permettre le moindre écart...

Quant aux produits dits "light", on peut considérer qu'ils vivent actuellement des heures plutôt sombres... "Le light a surtout été axé sur la diminution de la quantité de graisse : biscuits, fromages, etc, explique Vanessa Rolland. Mais pour conserver le goût, la quantité de sucre a été augmentée. On sait maintenant que le gras provoque la satiété, donc si on enlève le gras, la faim revient plus vite... De plus, l'insuline est stimulée et on a tendance à manger deux fois plus. Quant aux boissons 'light' à base de faux sucre, elles ont également la vie dure... Certaines études montrent que les édulcorants, principalement l'aspartame, provoquent une accoutumance, une augmentation de la sensation de faim et joueraient même un rôle dans l'insulino-résistance. En d'autres termes, en donnant des boissons light à un diabétique, on est totalement contre-productif !"

## Haro sur l'industrie agro-alimentaire

Si les produits "light" n'ont dorénavant plus la cote, on peut toutefois compter sur l'industrie agro-alimentaire pour développer de nouvelles gammes de produits qui répondront à de nouveaux besoins et à cette quête de la minceur. Car force est de constater que l'industrie agro-alimentaire joue indéniablement un rôle dans la constante progression de l'obésité dans nos pays européens. De nos jours, l'offre en produits alimentaires est devenue aussi gargantuesque qu'elle est malsaine.

"De manière générale, on mangeait plus sainement il y a 40 ans qu'aujourd'hui, précise le Dr Vanessa Rolland. Le problème, c'est que les parents actuels sont influencés par le marketing de l'industrie agro-alimentaire et sont persuadés de bien faire en donnant des céréales et du jus d'orange à leurs enfants. D'où l'importance d'éduquer aussi les parents et leur expliquer que mettre du beurre sur la tartine, c'est plus sain que donner un biscuit."



**Nathalie Renna**  
nathalie.renna@mloz.be

## Journée internationale sans régime



Créée à l'initiative d'une féministe anglaise Mary Evans Young, la Journée internationale sans régime a pour but de conscientiser le public aux dangers des régimes et de dénoncer le culte de

la minceur. Son symbole est un ruban bleu clair. Elle est célébrée le 6 mai, lorsque les beaux jours s'annoncent et que de nombreuses personnes se lancent à corps perdu dans des régimes toujours plus farfelus. Mais aujourd'hui, à côté des appels à la minceur qui apparaissent dans les magazines, de plus en plus de voix se font également entendre pour dénoncer le fait que les régimes sont inutiles, coûteux et qu'ils ont des effets négatifs sur l'estime de soi.

## L'obésité, une véritable pathologie

Cet article traite principalement du surpoids. L'obésité, quant à elle, est à considérer comme une pathologie médicale pour laquelle un bilan et un traitement doivent être envisagés. Dans le cas des obésités morbides, une perte de poids importante est nécessaire, c'est pourquoi dans ces cas, la chirurgie bariatrique est la meilleure solution. "Quand le corps atteint un certain niveau d'obésité, au-dessus d'un BMI de 40, c'est prouvé, le pourcentage de réussite de perte de poids par régime est minime, précise le Dr Vanessa Rolland. Le corps est déjà complètement détraqué. La grande majorité de ces patients ont une insulino-résistance, ont un appétit, une satiété et un métabolisme perturbés. Les patients les plus difficiles à traiter, ce sont ceux qui ont un BMI entre 35 et 40. L'obésité est bien établie, pas encore morbide, mais il y a beaucoup de kilos à perdre. Leur appétit est plus important, ils ont déjà effectué de nombreux régimes et ont perdu tous repères alimentaires."



## Ado & homo : plus de sensibilisation !

En Belgique, de même que dans d'autres pays européens, la situation des homosexuel(les) a connu de nombreuses avancées, mais des enquêtes montrent que leur situation quotidienne reste encore difficile à vivre pour une part non négligeable d'entre eux (elles), et tout particulièrement pour les jeunes.

Dans les manuels de psychiatrie des années 60, l'homosexualité était considérée comme une perversion sexuelle ou une pathologie psychiatrique au même titre que la schizophrénie ou la démence. Ce n'est qu'en 1990 que l'Organisation Mondiale de la Santé a rayé l'homosexualité de la liste des maladies mentales. Mais, malgré cela, selon les conclusions d'un nouveau rapport\* de l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, dans quelques États membres, certains médecins considèrent encore toujours l'homosexualité comme une maladie.

Du rejet à l'intégration totale, qui reste cependant l'exception, la loi et le regard de la société sur les homosexuels évoluent de pair. Ainsi, les homosexuels iraniens sont, encore aujourd'hui, punis de la peine de mort par lapidation, alors que ceux de San Francisco peuvent vivre paisiblement en famille avec leurs enfants. Et chez nous ?

### Quelques dates clés

En Belgique, les deux dernières décennies ont connu des avancées notables en matière de droits des personnes homosexuelles. En 1987, par exemple, lorsque la majorité sexuelle est abaissée à 16 ans, y compris pour les relations homosexuelles. L'année 1998 voit l'instauration du contrat de vie commune et l'adoption de la loi sur la cohabitation légale. En 2003, le mariage civil est ouvert aux personnes de même sexe et les droits de succession pour les cohabitants légaux sont réduits.

Deux dates importantes encore... 2006, légalisation de l'accès à l'adoption pour les couples de même sexe, et 2015, la coparente ne doit plus passer par l'adoption pour établir la filiation, elle se fait maintenant automatiquement pour les couples lesbiens mariés.

Malgré toutes ces évolutions, les stéréotypes que

diffusent souvent les médias, à savoir des images caricaturales d'hommes efféminés, de "folles" exubérantes ou de lesbiennes à l'allure de camionneurs compte pour beaucoup dans le malaise ressenti à l'annonce de l'homosexualité de nos enfants.

### Et nos ados dans tout ça ?

Un chiffre impressionnant et qui donne à réfléchir : il y a 5 fois plus de suicides chez les jeunes homosexuels que chez les ados hétéros... Se pose alors inévitablement la question du risque accru de comportement suicidaire pour ce qu'il est convenu d'appeler les "minorités sexuelles".

"L'adolescence d'un jeune homosexuel est souvent une source de souffrance en raison du vécu de la différence" explique Bernard Guillemain, coordinateur de l'asbl Alter Viso, qui promeut l'égalité des chances des jeunes, et plus particulièrement des jeunes LGBT (Lesbiennes, Gays, Bisexuels et Transsexuels) et lutte contre l'homophobie. "L'homophobie est bien évidemment un problème : les attaques, le harcèlement, les moqueries font beaucoup de mal mais ce n'est qu'un aspect de la souffrance. Avant même d'accepter le regard des autres, il faut s'accepter soi-même. Ils découvrent leur orientation sexuelle et se retrouvent trop souvent rabaissés, désespérés et seuls. Ils ne parviennent pas à assumer leur attirance sexuelle. Beaucoup d'ados refoulent un temps leur homosexualité, vivent une relation hétérosexuelle pour se convaincre qu'ils sont comme tout le monde. A l'heure actuelle, et il suffit de regarder les infos pour s'en apercevoir, l'homosexualité est à nouveau victime d'une stigmatisation sociale négative. Les aider à accepter leur différence est le but de notre travail. Curieusement, ce ne sont pas les personnes d'un certain âge qui sont contre les homosexuels.



Les grands-parents sont souvent des personnes ressources pour les jeunes homos en difficultés”, ajoute Bernard Guillemin.

Mais où trouver les personnes qui peuvent accompagner l'adolescent dans son cheminement ?

### Une oreille à qui se confier

Les personnes soumises au secret professionnel sont bien placées pour recevoir des confidences. On peut généralement leur poser des questions précises, techniques, que l'on ne pourrait pas poser à d'autres. Dans le milieu scolaire, l'infirmière de l'école peut être de bon conseil et l'assistante sociale peut soutenir en cas de coup dur : problèmes avec les parents, etc.

Dans le milieu médical, le médecin lui aussi est soumis au secret professionnel. Mais la sexualité reste semble-t-il encore un sujet exclu de beaucoup de consultations. Il n'est déjà pas facile pour certains de dévoiler son corps à un médecin, alors se mettre à nu en dévoilant son homosexualité encore moins. Les réticences viennent semble-t-il aussi parfois du médecin... "Certains médecins reportent des rendez-vous, des consultations sont annulées, quand il ne s'agit pas directement de refus de soins comme, par exemple, à l'annonce d'une séropositivité, des praticiens invoquent un "risque" pour leurs autres patients, avouant même parfois ne pas être formés pour soigner des personnes vivant avec le VIH." ajoute Bernard Guillemin.

Les jeunes gays et lesbiennes ont pourtant besoin

de la même diversité de soins que les adolescents hétérosexuels. Il est important de tenir compte de l'orientation sexuelle de l'adolescent au moment de lui dispenser des soins, mais il est également capital de se rappeler que ses besoins de santé n'ont peut-être rien à voir avec son orientation sexuelle.

Certains sont néanmoins plus vulnérables aux infections transmises sexuellement (ITS) parce qu'ils sont plus susceptibles d'avoir des relations sexuelles avec un plus grand nombre de partenaires.

Le rôle du médecin est, entre autres, d'offrir de l'information et des conseils à tous les jeunes afin de prévenir la propagation du VIH et des ITS, de demeurer au courant des ressources communautaires et associations susceptibles d'aider les adolescents gays et lesbiennes ou

encore d'orienter de toute urgence les adolescents ayant des idées suicidaires vers des spécialistes de la santé mentale. Dans la mesure du possible, il faut aiguiller les adolescents homosexuels qui ont d'importants problèmes de dépression, d'anxiété ou de consommation de drogue ou d'alcool vers des spécialistes de la santé mentale ayant l'expérience de traiter des adolescents homosexuels.

**Il y a 5 fois plus de suicides chez les jeunes homosexuels que chez les ados hétéros.**

**Pascale Janssens**

[pascale.janssens@mloz.be](mailto:pascale.janssens@mloz.be)



**Alter Visio**

**T 02 893 25 39 - [info@alter-visio.be](mailto:info@alter-visio.be)**

**Permanence tous les mercredi après-midi**

## “Je devrai vivre avec cela... sans eux !”

Mathieu a 20 ans. Homosexuel, il a vécu une adolescence difficile. “Depuis tout petit, je me suis senti différent. A l'adolescence, j'ai compris... j'étais homo ! Très vite, à l'école et particulièrement dans le secondaire, j'ai été stigmatisé. Légèrement maniéré, j'ai été vite “repéré” et victime de plaisanteries vulgaires, d'injures, de crachats et même d'une agression physique. Malgré tout, ma scolarité s'est passée plus ou moins bien grâce à une bande d'amis et amies fidèles. Et puis est venu le jour où j'ai décidé d'en parler à la maison. Avec appréhension car je vivais dans un milieu homophobe. J'avais 17 ans, j'étais certain de mon choix de vie. La soirée fût, comment dire, pénible. Maman n'a pas ouvert la bouche, mon père hur-

lait et mes 2 frères me regardaient comme un pestiféré. Pendant 6 mois, j'ai vécu l'enfer. Mes frères m'ignoraient, mon père ne s'adressait à moi qu'en criant et en m'injuriant, maman ne m'adressait plus la parole. Je me sentais de plus en plus mal et un jour, au bout du rouleau et malgré le soutien de certains amis, j'ai voulu mettre fin à mes jours. Ma mère m'a récupéré à temps. J'ai malgré tout, avec l'aide de mon ami, repris goût à la vie. J'ai quitté la maison, loué un studio, je travaille comme intérimaire et, ma foi, on se débrouille pas mal. Mon plus grand regret : je ne vois plus ma famille. Tous les ponts ont été coupés. Je devrai vivre avec cela... sans eux !”.



# La couverture de santé pour tous, réalité ou...utopie ?

En 2016, 90% de la population vivant dans des pays à faible revenu ne bénéficie d'aucun droit à une couverture de santé, près de 18.000 enfants meurent chaque jour de causes évitables et seulement un quart des femmes sont assurées contre les risques liés à la grossesse et l'accouchement. Le principe de couverture universelle créé en 1948 est-il atteignable ? Rencontre avec Theopiste Butare, conseiller en protection sociale au Bureau International du Travail de l'Afrique de l'Ouest (Dakar).



Theopiste Butare

En mars 2016, une délégation des Mutualités Libres - Xavier Brenez, Christian Horemans et Murielle Lona - s'est rendue à Abidjan, en Côte d'Ivoire, pour

participer à la 1<sup>ère</sup> conférence sur les perspectives du mouvement mutualiste africain dans le cadre de la mise en œuvre des couvertures maladie universelles. Ce congrès réunissant plus de 250 mutualistes de 15 pays d'Europe et d'Afrique a été l'occasion d'échanger avec des experts de haut niveau.

**La couverture universelle de santé est-elle une utopie en Afrique de l'Ouest ? Si la volonté est de la mettre en place, comment financer le système dans un contexte de budgets publics limités ?**

**Theopiste Butare** - La couverture universelle n'est pas une utopie. Certains pays, comme le Ghana, le Rwanda ou le Gabon se sont lancés dans cette voie. Ce qui est possible là-bas l'est également ailleurs. Les chiffres montrent que

le Gabon et le Ghana présentent une couverture d'environ 60%. Quant au Rwanda, en 2012, 91% des individus du secteur informel bénéficiaient de la couverture alors qu'en termes de développement, c'était le 17<sup>e</sup> pays le plus pauvre au monde. Le gouvernement rwandais a mis en place un système de santé novateur dont l'un des piliers repose sur l'économie informelle (l'ensemble des activités qui échappent à la politique économique et sociale, et donc à toute régulation de l'Etat) et l'organisation du territoire en districts et secteurs. L'exemple du Rwanda montre qu'avec une présence et un engagement politique exceptionnels, les objectifs de développement sont atteints, même si une aide extérieure est nécessaire au début.

**Quels sont les grands défis et les obstacles ?**

**T. B.** - Les défis sont d'augmenter la disponibilité de certains produits, comme les médicaments, de favoriser l'accès aux formations sanitaires, notamment dans les zones montagneuses et d'accroître la qualité des soins. Un des obstacles pour les mutuelles

est leur dépendance aux aides extérieures. Au Cameroun, on a remarqué que le départ des ONG a nui au bon fonctionnement des mutuelles.

**Comment accroître l'offre de travail dans ces pays où le secteur informel est prépondérant ?**

**T. B.** - C'est précisément le rôle du Bureau International du Travail : l'accompagnement du secteur informel vers le secteur formel. Cette professionnalisation comporte 3 volets. Tout d'abord, les appuis au développement et à la professionnalisation des petites entreprises du secteur informel. Ensuite, la mise en place de mécanismes de protection sociale et enfin, le renforcement des mesures de sécurité et d'hygiène au travail, ce qui est nouveau et permet en outre de créer de l'emploi.

**Les mutuelles devraient se concentrer sur leur valeur ajoutée. Quels sont leurs principaux atouts par rapport au gouvernement ?**

**T. B.** - Il y a effectivement deux niveaux : la mutuelle et l'Etat. La répartition des missions pourrait



se faire sur la base d'une analyse fonctionnelle en distinguant des fonctions de proximité, comme la mobilisation sociale, la collecte des cotisations et les affiliations, des fonctions de back office, comme l'ingénierie d'assurance, la gestion technique du risque ou encore les conventions avec les prestataires de soins. Selon les spécificités des pays et leur droit de choisir, il est judicieux que les mutuelles se positionnent sur les fonctions sur lesquelles elles disposent d'une valeur ajoutée.

Par exemple, au Rwanda, l'organisation du système de soins de santé, dans le secteur informel, part du principe de proximité, avec ce rôle octroyé aux mutuelles de district. En Guinée, il existe déjà un ensemble de mutuelles qui proposent des régimes d'assurance à des groupes professionnels ou des populations de territoires délimités, dans le secteur privé. Suite à leurs revendications syndicales, les travailleurs de la fonction publique bénéficient d'une protection sociale depuis 2016. Pour remplir sa nouvelle fonction, l'Etat est allé chercher des experts dans les mutuelles.

**A ce stade où la couverture publique n'est pas encore complète, voit-on un rôle pour les assureurs privés ? Si c'est le cas, comment faire pour éviter la privatisation du marché de la santé ?**

**T. B.** - Dans les campagnes africaines où les taux de pénétration

de la couverture santé sont très faibles et les moyens financiers limités, les affiliations massives à des assurances privées ne sont pas à craindre. Il faut plutôt souligner le rôle que peut jouer le secteur public.

**Les Mutualités Libres soutiennent 3 mutuelles de santé dans l'Atacora au Nord du Bénin. Les adhérents sont essentiellement des travailleurs du secteur informel dont les revenus dépendent de la vente du coton. Les mutuelles ne bénéficient pas d'autre source de financement. Quel serait le conseil pour accroître le nombre d'affiliés et l'attractivité de ces mutuelles ?**

**T. B.** - Il serait intéressant de développer d'autres produits d'assurance, comme l'assurance récolte qui permet au cultivateur de bénéficier d'une source continue de revenu. Des mécanismes pour soutenir les mutualistes sont à rechercher, l'accès à la possibilité de crédit en est un. Il faudrait donc attirer une petite banque qui développerait ces activités. Mais est-ce le rôle des mutuelles ?

**Les pays en voie de développement pourraient-ils réaliser une couverture universelle plus rapidement, grâce au soutien du Bureau International du Travail (BIT) et d'autres institutions ?**

**T. B.** - Bien sûr, le BIT peut intervenir dans différents pays, réaliser des études de faisabilité et mener des évaluations actuarielles.

Cependant, je constate aussi que certains régimes ont été promus avant de connaître les résultats de ces études de faisabilité... Au Sénégal, le BIT est chargé d'examiner l'implémentation d'un régime simplifié pour les petits contribuables (RSPC) dont le but est l'inclusion sociale des travailleurs de l'économie informelle et l'accompagnement de leur transition vers le secteur formel. Deux branches de la protection sociale ont été sélectionnées comme projet-pilote : la maladie et la vieillesse. Une étude de modélisation est en cours afin de déterminer les taux et la périodicité des cotisations, avec en parallèle, une forme flexible de paiement des impôts. Si les résultats s'avèrent concluants, d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest seront intéressés par ces nouveaux travaux du BIT et cette approche novatrice.

**De beaux exemples qui démontrent que des soins de santé accessibles pour tous peuvent exister ?**

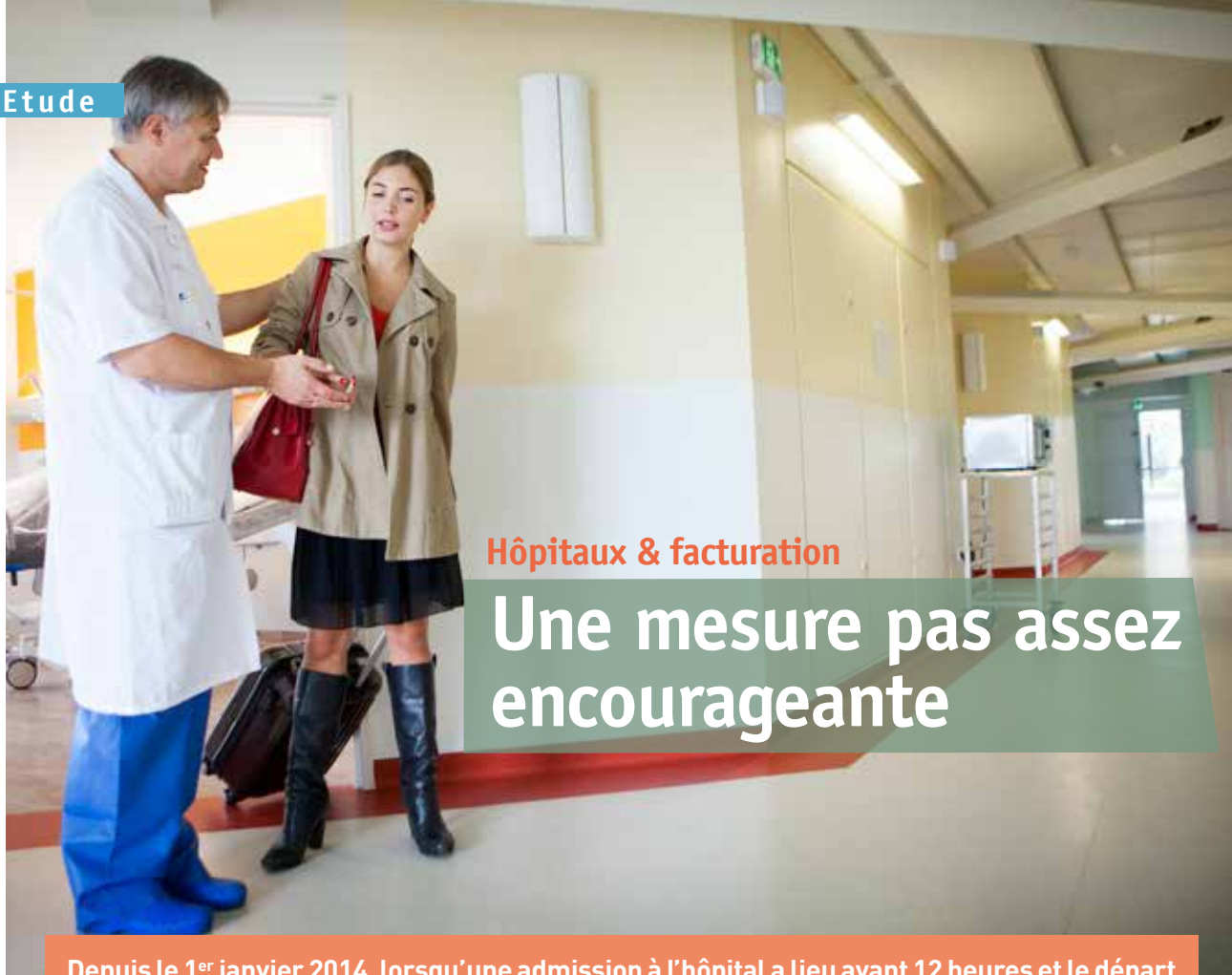
**T. B.** - Oui! Je pense en effet que la couverture universelle est une voie réaliste, et non utopique, mais qui exige un engagement ferme des gouvernements à accompagner cette transition vers la mise en place d'un système national de protection sociale.



Propos recueillis par **Murielle Lona**,  
murielle.lona@mloz.be

## La santé, un droit fondamental

En 1948, la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé proclamait que la santé est l'un des droits fondamentaux de tout être humain et cette notion de santé pour tous a été définie 30 ans plus tard, à l'issue de la conférence internationale de Alma-Ata sur les soins de santé primaire. Le principe de la couverture universelle était né ! Son objectif est d'assurer à tous les individus l'accès aux services de santé dont ils ont besoin, sans se heurter à des difficultés financières au moment de payer leurs soins.



## Hôpitaux & facturation

# Une mesure pas assez encourageante

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014, lorsqu'une admission à l'hôpital a lieu avant 12 heures et le départ après 14 heures, l'hôpital n'est plus autorisé à facturer les frais de journée d'hospitalisation le jour de sortie du patient. Quel a été l'impact de cette mesure pour la sécurité sociale et les patients ? Les hôpitaux ont-ils modifié durablement leurs habitudes en ne "retenant" plus les patients jusqu'après 14h ? Une nouvelle analyse des Mutualités Libres.

Parmi les mesures d'économies appliquées en 2014 figure un changement de réglementation qui a fait peu de bruit à l'époque, concernant la facturation des journées d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014, lorsque l'admission à l'hôpital a lieu avant 12 heures et le départ après 14 heures, l'hôpital n'est plus autorisé à facturer à l'assurance maladie les frais de journée d'hospitalisation le jour de sortie du patient, soit près de 30 euros en moyenne. La mesure concerne également le patient puisque plus aucune intervention personnelle dans le prix de la journée d'hospitalisation ne peut lui être facturée le jour de sortie de l'hôpital.

En plus de la volonté de générer des économies pour la sécurité sociale et le patient, cette nouvelle règle visait un autre objectif : **éliminer les différences de pratiques entre hôpitaux**. Un an avant l'application de la mesure (2013), les hôpitaux qui facturaient des frais le jour de sortie du patient le faisaient en effet dans des proportions très variables :

Entre 2013 et 2014, la part des hospitalisations dont l'admission a lieu avant 12 heures et le départ après 14 heures n'a que très faiblement baissé.

dans 7% à 50% des hospitalisations selon l'hôpital. Or, rien ne justifie de tels écarts de pratiques.

Quel a été l'impact de la mesure ? A-t-elle atteint ses objectifs, à savoir générer des économies et réduire les différences de pratiques entre les hôpitaux ? Pour répondre à ces questions, les Mutualités Libres ont analysé les factures hospitalières de leurs affiliés en 2014, avec quelques surprises à la clé.

### Durée de séjour stable

Sur base des données des Mutualités Libres, la durée moyenne des séjours hospitaliers de plus de 24 heures est restée stable entre 2013 et 2014, passant de 7,6 à 7,5 jours. Cela concerne notamment les hospitalisations chirurgicales

courantes reprises dans le **tableau 1**. Or, en ne comptant pas le jour de sortie pour les admissions concernées par la mesure d'économie, la nouvelle règle de facturation aurait dû faire baisser la durée moyenne d'hospitalisation d'un tiers de jour entre

**Tableau 1**

Répartition des hospitalisations et durée moyenne de séjour, par type de prestation chirurgicale courante (Mutualités Libres, 2013 et 2014)

Prestation chirurgicale	Répartition des hospitalisations (2014)	Durée moyenne		
		2013	2014 (1)	2014 (2)
Accouchement	8,1%	4,9	4,8	4,5
Ablation hernie abdominale ou diaphragmatique	1,8%	4,1	3,8	3,4
Pose/retrait prothèse de hanche	1,5%	12,6	12,6	12,5
Placement prothèse de genou	1,2%	10,3	10,3	10,1
Ablation vésicule biliaire	1,2%	3,8	3,7	3,3
Ablation appendice	1,0%	3,7	3,3	3,1
Ablation hernie discale	0,8%	4,9	4,8	4,5
Chirurgie bariatrique	0,8%	4,0	3,9	3,5
Ablation prostate	0,7%	7,3	7,1	6,8
Ablation utérus	0,4%	5,2	5,1	4,8
Ablation thyroïde	0,4%	3,0	3,0	2,7
Autres	82,1%	8,0	7,9	7,7
Total	100,0%	7,6	7,5	7,3

(1) En comptant le jour d'entrée et le jour de sortie lorsque l'admission à l'hôpital a lieu avant 12 heures et le départ après 14 heures

(2) En ne comptant pas le jour de sortie lorsque l'admission à l'hôpital a lieu avant 12 heures et le départ après 14 heures

2013 et 2014, pour arriver à 7,3 jours en 2014. Pour l'accouchement, la durée moyenne des séjours aurait dû passer de 4,9 à 4,5 jours, soit une diminution de près d'une demi-journée.

### Peu d'impact sur les séjours concernés par la nouvelle règle de facturation

Les analyses montrent donc que contrairement à ce qui pouvait être attendu, **la part des hospitalisations dont l'admission a lieu avant 12 heures et le départ après 14 heures n'a que très faiblement baissé** entre 2013 et 2014, passant de 24,2% à 23,6%.

**Les différences de pratiques entre hôpitaux restent également importantes.** En effet, en 2013 comme en 2014, la proportion des hospitalisations concernées par la mesure varie entre 7% et 50% selon l'hôpital. En 2014, un hôpital sur deux continue à garder les patients au-delà de 14h le jour de sortie dans 24% des cas. Dix hôpitaux le font même dans 32 à 50% des hospitalisations. Le recours à cette pratique s'observe plus fréquemment dans certaines agglomérations (en l'occurrence Anvers).

La nouvelle mesure a-t-elle entraîné un glissement des hospitalisations avec nuitée vers une hospitalisation de jour (one day) ? Une analyse de quelques prestations chirurgicales pouvant être réalisées en one day ne permet pas de confirmer cette hypothèse. Pour la moitié des hospitalisations concernées par la mesure, on constate que la sortie d'hôpital continue à

**Tableau 2**

Part des hospitalisations dont l'admission a lieu avant 12 heures et le départ après 14 heures, par type de prestation chirurgicale courante (Mutualités Libres, 2013 et 2014)

Prestation chirurgicale	2013	2014
Ablation hernie abdominale ou diaphragmatique	41,3%	40,3%
Ablation vésicule biliaire	40,6%	39,9%
Chirurgie bariatrique	37,9%	37,8%
Ablation prostate	36,7%	35,8%
Ablation thyroïde	36,7%	35,3%
Accouchement	30,5%	29,4%
Ablation utérus	30,5%	29,1%
Ablation hernie discale	28,2%	28,0%
Placement prothèse de genou	19,8%	19,6%
Ablation appendice	19,6%	17,8%
Pose/retrait prothèse de hanche	14,0%	13,7%
Autres	23,1%	22,6%
Total	24,2%	23,6%

s'effectuer entre 14 heures et 15 heures. Là encore, on peut donc être surpris du faible impact de la nouvelle réglementation.

Tableau 3

Répartition de l'impact de la mesure (économies), par type de prestation chirurgicale courante (Mutualités Libres, 2014)

Prestation chirurgicale	Répartition de l'impact
Accouchement	10,1%
Ablation de hernie abdominale ou diaphragmatique	3,0%
Ablation de vésicule biliaire	2,0%
Chirurgie bariatrique	1,2%
Ablation de prostate	1,1%
Placement prothèse de genou	1,0%
Ablation de hernie discale	0,9%
Pose/retrait prothèse de hanche	0,8%
Ablation de l'appendice	0,7%
Ablation de thyroïde	0,6%
Ablation de l'utérus	0,4%
Autres	77,9%
Total	100,0%

### Un impact financier modeste

Selon le SPF Santé publique, l'économie totale que la mesure devait générer pour l'assurance maladie a été évaluée à 11,7 millions d'euros pour l'année 2014. Qu'en a-t-il été dans la réalité? L'analyse des données de facturation des Mutualités Libres montre une économie annuelle d'environ 2 millions d'euros en 2014. Ce montant, extrapolé à la Belgique, corrobore donc les estimations du SPF Santé publique. **Pour le patient, l'économie est d'environ 10 euros** par hospitalisation concernée par la mesure, sur une facture moyenne à sa charge de 700 euros. Au total donc, l'économie pour les patients **est estimée à plus de 3 millions d'euros**.

Le tableau 3 montre que 10% de l'économie attendue de la nouvelle règle de facturation provient des hospitalisations pour accouchement. Les hospitalisations chirurgicales incluses dans le tableau représentent 22,1% de l'économie totale prévue.



Güngör Karakaya

Service Etudes des Mutualités Libres

## L'avis des Mutualités Libres



### Mesurer l'efficacité des mesures

Il est inconcevable de favoriser financièrement les hôpitaux qui ont plus souvent recours à des hospitalisations dont le départ n'a lieu que quelques minutes après 14 heures. La nouvelle règle de facturation a permis de corriger cette "anomalie" et on peut s'en féliciter.

Néanmoins, bien que la mesure a permis de générer des économies, elle n'a eu qu'un **impact très faible et peu significatif sur les différences de pratiques entre hôpitaux** en matière de facturation des journées d'hospitalisation. Cela peut s'expliquer soit par le fait que les hôpitaux n'ont pas encore adapté leur organisation de travail – cela peut prendre du temps –, soit par **un impact financier trop limité pour décourager les hôpitaux qui ont fréquemment recours à ces pratiques**.

Les Mutualités Libres plaident pour un modèle de financement des hôpitaux qui encourage et récompense la qualité des soins et l'utilisation efficace des moyens de l'assurance soins de santé. Dans cette optique, elles sont favorables aux mesures destinées à éliminer les différences de pratiques entre hôpitaux (notamment en matière de facturation des journées d'hospitalisation) et ainsi à **éviter une concurrence déloyale entre hôpitaux pouvant générer un gaspillage des moyens de l'assurance soins de santé**. Dans ce cadre, il est important d'évaluer régulièrement l'impact des mesures et de les compléter par d'autres lorsque l'objectif poursuivi n'est pas atteint.

Les **économies dégagées par la nouvelle règle de facturation pourraient être réinjectées pour financer correctement un secteur de l'hôpital sous-financé** ou soutenir le développement de processus de collaboration au sein de l'hôpital et entre l'hôpital, les structures de première ligne et les différents acteurs des soins.



# Nos études en un coup d'oeil

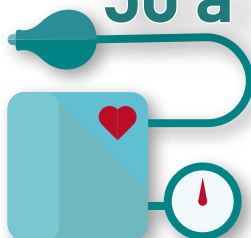
Quels sont les coûts de l'hypertension pour la société ? Combien un patient doit-il déboursier de sa poche pour l'opération d'une hernie ? Quelles sont les dépenses hospitalières pour un accouchement ? Quel est l'impact de la dépression sur la sécurité sociale ? Telles sont quelques-unes des thématiques des études et analyses réalisées par les Mutualités Libres. Découvrez ci-dessous quelques chiffres de nos dernières études !

## 14.500 euros

Les coûts liés aux hospitalisations psychiatriques constituent un poste important de dépenses pour l'assurance maladie. Les **25%** d'adultes actifs qui doivent se faire hospitaliser pour soins psychiatriques ont des dépenses annuelles moyennes en soins de santé de 14.500 euros.

Impact de la dépression des actifs sur leurs coûts en soins de santé et en indemnités

## 50 à 74 ans



Plus de la moitié (53%) des nouveaux hypertendus sont âgés de 50 à 74 ans et près du tiers (29%) de moins de 50 ans. Environ une personne sur trois de

75 ans et plus décède au cours des 5 années de traitement.

Prise en charge médicamenteuse initiale de l'hypertension artérielle et évolution



## +10,5%

De 2010 à 2013, les dépenses en soins de santé des personnes atteintes d'une maladie chronique remboursées

par les Mutualités Libres ont augmenté de 380 millions d'euros, soit une hausse de 10,5%.

Evolution de la prévalence et du coût des maladies chroniques

## “

Les Mutualités Libres recommandent la prise en charge de la **dépression** par des praticiens ayant l'expertise et l'expérience nécessaires, de première ligne ou deuxième ligne. Le médecin de famille peut endosser ce rôle dans le cas de dépression légère et il réfèrera au spécialiste dans les cas plus lourds.

## ”

Impact de la dépression des actifs sur leurs coûts en soins de santé et en indemnités



“ Pour améliorer la prise en charge de l'**hypertension artérielle**, les Mutualités Libres recommandent de promouvoir la compliance au traitement, en particulier chez les moins de 50 ans, soit un tiers des personnes nouvellement traitées pour hypertension. Les moins de 50 ans arrêtent en effet plus fréquemment leur traitement. ”

Prise en charge médicamenteuse initiale de l'hypertension artérielle et évolution

## 5,2 millions



En matière d'**Alzheimer**, les Mutualités Libres demandent que les 5 millions d'euros économisés, en 2011, par la modification des modalités de remboursement des médicaments spécifiques et, en 2012, par le contrôle renforcé du chapitre IV par l'assurance maladie, soient consacrés au soutien des aidants proches et aux mesures favorisant le maintien à domicile.

Maladie d'Alzheimer - Impact des mesures de limitation de remboursement des médicaments



Toutes nos études sont à télécharger sur [www.mloz.be](http://www.mloz.be)

Par Pascale Janssens - [pascale.janssens@mloz.be](mailto:pascale.janssens@mloz.be)

## Livres

### Mon enfant est insupportable !

Les comportements d'agressivité, de provocation et de désobéissance sont fréquents chez les tout petits. En tant que parent, comment faire face à ces situations ? L'enfant "difficile" est-il foncièrement insupportable, ou est-ce l'entourage qui atteint ses limites de tolérance ? Est-ce l'éducation qui est en cause ? Quand faut-il s'inquiéter, consulter un spécialiste ?



Éduquer un enfant difficile est fatigant, parfois décourageant. Conséquences : sentiment d'incompétence, démotivation voire

fuite en avant, ou refuge dans le boulot. Ce livre apporte de nombreux éléments et informations pour comprendre ces enfants et ces situations difficiles. Il fournit des conseils pour aider les parents débordés. Pour les professionnels, il constitue également un excellent outil qui les aidera à répondre au questionnement des parents.

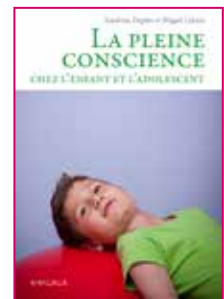
**"Mon enfant est insupportable ! Comprendre les enfants difficiles" par Isabelle Roskam aux Editions Mardaga.**

### La pleine conscience

Les approches psychologiques basées sur la pleine conscience connaissent actuellement un succès important. Il n'a donc pas fallu attendre longtemps pour que des programmes d'entraînement à la pleine conscience, initialement développés pour l'adulte, soient proposés à des plus jeunes. Cependant, éveiller les jeunes à la pleine conscience confronte les praticiens à des défis spécifiques.

Ce livre donne des pistes concrètes pour soutenir les jeunes dans leur découverte de la pleine conscience, en tenant compte de leur niveau de développement. Plus précisément, la première partie du livre présente une revue approfondie de la littérature scientifique afin d'appréhender la pleine conscience et ses liens avec la régulation émotionnelle chez les jeunes. La deuxième partie fournit deux programmes de gestion des émotions par la pleine conscience, l'un pour l'enfant et l'autre pour l'adolescent.

Un guide pour les professionnels de l'enfance qui offre également une source d'idées pour les parents qui souhaitent intégrer de la pleine conscience dans le quotidien de leur enfant.



**"La pleine conscience chez l'enfant et l'adolescent" par S. Deplus et M. Lahaye aux Editions Mardaga.**

## Brochure

### Quand les aînés sont amoureux

Après une séparation ou un veuvage, il n'est pas rare qu'un parent noue une nouvelle relation. Parce que, à septante ans, la vie n'est pas terminée. Si ces amours de vieillesse aboutissent rarement au remariage, elles incluent parfois une cohabitation.

Les tabous qui entouraient la sexualité ont reculé depuis quelques décennies, mais celui qui concerne la sexualité des aînés n'a pas complètement disparu. Les enfants et petits-enfants ont parfois du mal à voir leur parent sortir de l'image dans laquelle ils l'avaient peut-être enfermé. Certains craignent même que le nouveau partenaire n'incite à "dilapider le patrimoine". Dans tous les cas, c'est l'ensemble du système familial qui doit s'adapter.

Cette brochure propose un voyage dans les amours des aînés. Comment vivent-ils ces relations ? Quelles sont les réactions des proches ? Et comment cela se passe-t-il lorsqu'ils vivent dans des institutions de repos ou de soins ? Elle propose d'analyser les réticences vis-à-vis des amours des aînés, mais trace aussi des pistes pour un meilleur accueil par la société et un regard bienveillant de la part des proches, afin que chacun puisse vivre pleinement sa vie jusqu'au bout...

Editions Feuilles Familiales / rue du Fond, 127 - 5020 Malonne  
Tél. : 081 45 02 99 [www.couplesfamilles.be](http://www.couplesfamilles.be)  
[www.facebook.com/couplesfamilles](http://www.facebook.com/couplesfamilles)

# Une plainte à formuler ? Faites appel à notre ombudsman !

**Vous êtes un prestataire de soins, une institution, un assuré ou un simple citoyen ? Vous n'êtes pas satisfait d'un acte, d'une prestation ou d'un service presté par l'Union Nationale des Mutualités Libres ou par une de ses mutualités ? Vous pouvez faire appel à notre service d'ombudsman (gestion des plaintes).**

## Qui peut s'adresser à l'ombudsman ?

Toute personne, qu'elle soit membre d'une mutualité libre ou pas.

## Dans quels types de situation pouvez-vous faire appel à lui ?

Lorsque vous n'êtes pas satisfait d'un acte, d'une prestation ou d'un service presté par l'Union Nationale ou une de ses mutualités.

## Important : adressez-vous d'abord à votre propre mutualité

Avant d'introduire une plainte, adressez-vous d'abord au service ou au gestionnaire qui est en charge de votre dossier. Dans la plupart des cas, une solution à votre problème pourra certainement être trouvée sans devoir activer une procédure de plaintes. Si vous n'êtes toujours pas satisfait du service rendu, introduisez alors une plainte par écrit à l'ombudsman.

## Comment introduire une plainte ?

Vous trouverez tous les détails de la procédure à suivre ainsi qu'un formulaire électronique sur le site [www.mloz.be/ombudsman](http://www.mloz.be/ombudsman)

## Plus d'infos ?

N'hésitez pas à nous contacter au 02 778 92 11 !



**DÉBAT  
31 MAI  
2016**

# Gérer sa santé : rêve ou réalité ?

## Comment s'en sortir dans le **dédale** de l'info médicale

Comprendre les instructions du médecin, déchiffrer la notice d'un médicament, remplir un formulaire à l'hôpital, poser les bons gestes en cas d'urgence... **Pour de nombreuses personnes, décoder l'information santé est une épreuve.**

Peut-on aider les patients à préserver leur santé en améliorant la communication entre soignants et soignés ? Peut-on réduire les inégalités sociales en cultivant les connaissances en santé de la population, de l'école jusqu'à la pension ? Les Mutualités Libres vous invitent à un débat sur les **enjeux de la "littératie en santé"**, soit la capacité des individus à trouver l'information santé, la comprendre et l'utiliser pour agir sur leur propre santé.

Un **débat de société passionnant** qui concerne autant les acteurs de la santé que les éducateurs, les autorités, les médias, les entreprises... et les citoyens bien sûr !

### PROGRAMME

- 10h** **Accueil**
- 10h15** **Introduction** par **Xavier Brenez**, Directeur général des Mutualités Libres
- 10h30** **Littératie en santé : état des lieux**  
par **Stephan Van den Broucke**, prof. en Psychologie de la Santé publique à l'UCL
- 10h50** **Quelques pratiques novatrices au Canada**  
par **Nathalie Boivin**, prof. en Science infirmière à l'université de Moncton (Canada)
- 11h10-12h30** **Débat avec :**
- **Nathalie Boivin**, prof. en Science infirmière à l'université de Moncton (Canada)
  - **Dr Marleen Finoulst**, Rédactrice en chef du magazine Bodytalk
  - **Stephan Van Den Broucke**, prof. en Psychologie de la Santé publique à l'UCL
  - **Nele Van den Cruyce**, PhD Social Sciences, Fondation contre le Cancer
  - **Dr Patrick Van Alphen**, Médecin nutritionniste au CHU Saint-Pierre
- Modérateur : **Ben Roelants**  
Débat bilingue avec traduction simultanée
- 12h30-13h30** **Buffet**

**Accréditation demandée**  
Ethique & Economie

Plus d'infos : [www.mloz.be/fr/healthinfo16](http://www.mloz.be/fr/healthinfo16)

Suivez-nous sur Twitter  
**@MutLibres**

Hashtag officiel du débat  
**#healthinfo16**